

DEMANDE D'EXAMEN EN ÉLECTROMYOGRAPHIE

HEJ (Hospitalisé) (418) 649-5907 - HEJ (Externe) 418-649-5575 - PHYSIATRIE HEJ 418-691-5186 - HDQ 418-691-5186 - CHUL Pédiatrie 418-654-2725

PROVENANCE DE LA DEMANDE		MOBILITÉ		LIEU DE L'EXAMEN	
<input type="checkbox"/> Hospitalisé	<input type="checkbox"/> Urgence	<input type="checkbox"/> Ambulant	<input type="checkbox"/> Fauteuil roulant	<input type="checkbox"/> HEJ	<input type="checkbox"/> Physiatrie HEJ
<input type="checkbox"/> Externe	<input type="checkbox"/> Pré-op	<input type="checkbox"/> Civière	<input type="checkbox"/> Au chevet	<input type="checkbox"/> CHUL (Pédiatrie)	<input type="checkbox"/> HDQ
PRÉCAUTIONS ADDITIONNELLES : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, préciser : <input type="checkbox"/> Aérienne <input type="checkbox"/> Gouttelettes/contact <input type="checkbox"/> Contact <input type="checkbox"/> Contact renforcé <input type="checkbox"/> Autre : _____			
NIVEAU DE PRIORITÉ DE L'EXAMEN -MSSS- <i>Obligatoire</i> (Une modification pourrait être fait par le neurologue de garde) DATE D'IMPRESSION :					
<input type="checkbox"/> PA (1-3 jours)	<input type="checkbox"/> PB (4 à 10 jours)	<input type="checkbox"/> PC (11 à 28 jours)	<input type="checkbox"/> PD (moins de 3 mois)		
<input type="checkbox"/> PE (6 Mois)	<input type="checkbox"/> PE (12 Mois)	<input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____			
EXAMEN(S) DEMANDÉ(S) - <i>Obligatoire</i>					
CONSULTATION en NEUROLOGIE avec EMG			CONSULTATION en PHYSIATRIE avec EMG		
INDICATIONS		INDICATIONS			
<input type="checkbox"/> Polyneuropathie (toute cause)	<input type="checkbox"/> Tunnel Carpien	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie diabétique	<input type="checkbox"/> Tunnel Carpien		
<input type="checkbox"/> Pied Tombant	<input type="checkbox"/> Neuropathie Ulnaire	<input type="checkbox"/> Polyneuropathie alcoolique	<input type="checkbox"/> Neuropathie Ulnaire		
<input type="checkbox"/> Radiculopathie	<input type="checkbox"/> Poignet Tombant	<input type="checkbox"/> Pied Tombant	<input type="checkbox"/> Poignet Tombant		
<input type="checkbox"/> Paralysie faciale	<input type="checkbox"/> Plexopathie	<input type="checkbox"/> Radiculopathie	<input type="checkbox"/> Plexopathie		
<input type="checkbox"/> Pré-scoliose (Pédiatrie)	<input type="checkbox"/> Meralgia Paresthetica	<input type="checkbox"/> Paralysie faciale	<input type="checkbox"/> Meralgia Paresthetica		
<input type="checkbox"/> Maladie du neurone moteur					
<input type="checkbox"/> Défaut transmission neuromusculaire (ex : myasténie grave)					
<input type="checkbox"/> Autres : _____					
L'échographie neuromusculaire en neurologie est toujours réalisée conjointement à la consultation en neurologie et l'EMG (voir indication au verso)					
À l'usage des neurologues seulement :					
Nouvelle priorité :		<input type="checkbox"/> PA (1-3 jours)	<input type="checkbox"/> PB (4 à 10 jours)	<input type="checkbox"/> PC (11 à 28 jours)	<input type="checkbox"/> PD (moins de 3 mois)
		<input type="checkbox"/> PD (moins de 3 mois)	<input type="checkbox"/> PE (6 Mois)	<input type="checkbox"/> PE (12 Mois)	
		<input type="checkbox"/> Contrôle (aaaa/mm/jj) : _____			
Service Requis :		<input type="checkbox"/> EMG Simple	<input type="checkbox"/> EMG Complexe	<input type="checkbox"/> EMG Très complexe	<input type="checkbox"/> EMG Simple + Écho
		<input type="checkbox"/> EMG Complexe + Écho	<input type="checkbox"/> EMG Très complexe + Écho		<input type="checkbox"/> EMG Fibre unique
		<input type="checkbox"/> Échographie post EMG			
Initiale ou signature du neurologue qui a modifié cette demande : _____					
RENSEIGNEMENTS CLINIQUES : _____					
MÉDECIN DEMANDEUR					
Nom : _____		Prénom : _____		No de permis : _____ Date (aaaa/mm/jj) : _____	
Signature : _____		CC : _____			

Nom :

Prénom :

Dossier :

INDICATIONS CLINIQUES POUR L'ÉCHOGRAPHIE NEUROMUSCULAIRE EN NEUROLOGIE

- Tunnel Carpien avec récidive post chirurgie ou atypique
- Neuropathie traumatique
- Décollement de l'omoplate
- Plexopathie brachiale idiopathique (parsonage Turner) ou structurelle avec déficit moteur
- Polyneuropathie inflammatoire
- Neuropathie fibulaire non localisable à l'EMG ou échec au traitement conservateur
- Neuropathie Ulnaire non localisable à l'EMG
- Échographie du diaphragme pour évaluation d'insuffisance respiratoire (avec EMG du diaphragme guidé à l'échographie)